

Localidad/FIPS _____ Caso n° _____ ADAPT N° _____ Fecha de recibo de la solicitud _____ Trabajador n° _____

**SOLICITUD DE ASISTENCIA DE COMBUSITBLE
POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS ÍNTEGRAMENTE***Las solicitudes se aceptan desde el 2º martes de octubre hasta el 2º viernes de noviembre*
¿En qué ciudad o condado vive? _____

Nombre _____ SEXO: ___M ___F ¿Es usted hispano o latino? ___ SÍ ___NO

Apellido

Nombre

Inicial intermedia

Raza (haga un círculo en una) 1. Blanca 2. Negra o afroamericana 3. India americana o nativo de Alaska 4. Asiática 5. Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico 0. Otras

Dirección residencial/del servicio _____ Ciudad/Estado _____ Código Zip _____ Teléfono de casa: _____

Dirección postal _____ Ciudad/Estado _____ Código Zip _____ Teléfono de casa: _____

Instrucciones para llegar al hogar _____ Dirección de correo electrónico _____

1. MARQUE SÍ o NO para responder a cada una de las preguntas siguientes.

A. He recibido Asistencia de combustible, Crisis o Aire Acondicionado en los últimos 12 meses. ___SÍ ___NO

B. Yo pago la calefacción en mi hogar. ___SÍ ___NO

C. El aceite, keroseno, gas, carbón o madera me llega a la casa. ___ SÍ ___NO

2. HAGA UN CÍRCULO en la letra que mejor describa su situación de vivienda actual. Lea todas las alternativas antes de elegir una. **HAGA UN CÍRCULO SOLO EN UNA.**

A. Yo soy propietario o estoy comprando mi casa y pago todas las cuentas de calefacción.

G. Yo vivo en una vivienda de la Sección 8, HUD, vivienda subsidiada y pago regularmente algunas o todas mis cuentas de calefacción.

B. Yo poseo o alquilo mi casa y no pago la cuenta de calefacción.

I. Vivo en una habitación en la casa de otra persona.

C. Yo pago \$ _____ de renta y también pago la calefacción de forma separada.

L. Yo vivo en una institución, hogar grupal, centro de tratamiento u hogar para adultos.

E. Yo pago \$ _____ de renta y la calefacción está incluida en el pago de la renta.

P. Yo vivo sin pagar renta en una casa o apartamento de más de una habitación y pago por la calefacción.

F. Yo vivo en una vivienda subsidiada, Sección 8, HUD y ocasionalmente pago cargos de uso excesivo.

Q. Vivo en un refugio de emergencia o no tengo hogar. He hecho un arreglo para mudarme a una casa, apartamento o a más de una habitación..

3. ¿Todas las personas en su grupo familiar son ciudadanos de los Estados Unidos? ___SÍ ___NO Si contestó NO, ¿quién no es ciudadano? _____

4. ¿Alguien en su grupo familiar es discapacitado? ___SÍ ___NO Si contestó SÍ, ¿quién es discapacitado? _____

5. ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

6. ¿Hay alguien fuera de casa temporalmente? ___SÍ ___NO En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿En qué fecha se espera que regresa? _____

En la tabla de abajo, por favor haga una lista, empezando por usted, de todas las personas que viven en el hogar. Complete toda la información (incluido el Número del Seguro Social) para cada persona en el hogar.

NOMBRE	RELACIÓN CON LA PERSONA EN LA LÍNEA 1	Nº del SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	TRABAJA		CANTIDAD DE INGRESO MENSUAL BRUTO	INGRESOS PAGADOS semanalmente, quincenalmente, dos veces al mes, mensualmente	INDIQUE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS Ingresos por trabajo (indique el Nombre del empleador/Empresa); auto-empleo, Seguro Social; SSI; Beneficios para veteranos; pensión alimentación de menores; etc.
				Sí (S)	No (N)			
	Persona que responde							

6. HAGA UN CÍRCULO EN TODOS los tipos de ingresos del grupo familiar: A. TANF (Programa de ayuda temporal para familias necesitadas) B. Seguro social C. SSI
 D. Desempleo E. Empleo o auto-empleo G. Alivio general H. Beneficios para veteranos N. Indemnización laboral
 Q. Pensión alimenticia o manutención de menores U. Ingreso por alquiler W. Jubilación Otros: especifique _____

7. ¿Recibe pagos de la División de recaudación de pensiones alimenticias? ___SÍ___ NO ¿Cuánto? _____ ¿Quién paga la pensión alimenticia? _____

8. ¿Algún miembro del grupo familiar recibe beneficios SNAP (anteriormente cupones de alimentos, Food Stamps)? ___SÍ___ NO Si contesto SÍ, indique nombre del caso _____

9. ¿Algún miembro del grupo familiar recibe Medicaid? ___SÍ___ NO Si contesto SÍ, indique nombre del caso _____

10. ¿Se recibe Medicaid Home y cuidado basado en la comunidad? ___SÍ___ NO En contestó sí, ¿para quién? _____ La cantidad pagada por el paciente es \$ _____

11. ¿Alguien paga el seguro médico Parte B ___ o D ___ de Medicare? ___SÍ___ NO Si contestó sí, ¿quién? _____ ¿Cuánto? \$ _____

12. HAGA UN CÍRCULO en el tipo de equipo que usa como fuente de calor principal para su hogar. HAGA UN CÍRCULO SOLO EN UNA.

- A. Caldera B. Radiador C. Calefactor portátil D. Estufa ambiental con ventilación (calefactor con un tubo de escape exterior o sistema de monitoreo)
 E. Calentador de base F. Bomba de calor G. Chimenea H. Estufa de carbón o madera J. Estufa de cocina K. Ninguno L. Desconocido

13. HAGA UN CÍRCULO sobre el tipo de combustible que usa para calentar su hogar. HAGA UN CÍRCULO SOLO EN UNA.

1. Electricidad 2. Gas natural 3. Aceite (nº2) 4. Keroseno transparente 0. Keroseno rojo 5. Carbón 6. Leña 7. Propano líquido (LP)/Gas envasado

14. Nombre y dirección de la empresa usada para calentar el hogar. _____

Si usted calefacciona con electricidad o gas natural, adjunte una copia de su cuenta de electricidad o gas vigente. Solo pueden hacerse pagos de Asistencia de combustible si usted tiene un saldo pendiente en su cuenta de electricidad o gas natural. Complete los siguientes datos:

Nombre de la cuenta _____ Número de cuenta _____ ¿Quién es responsable de pagar la cuenta? _____

¿El pago se hace por un pago automático de débito/crédito o en un giro bancario mensual? ___SÍ___ NO

Las siguientes preguntas son solo para fines estadísticos. Sus respuestas no afectarán el proceso de su solicitud, su elegibilidad o su cantidad de beneficios.

15. Nombre de la compañía usada para el servicio eléctrico: _____

Nombre de cuenta _____ Número de cuenta _____

16. Por favor, describa abajo las circunstancias actuales de la energía de su grupo familiar:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ya desconectado | Compañía: _____ | Fecha de desconexión: _____ |
| <input type="checkbox"/> Aviso de desconexión recibido | Compañía: _____ | Fecha de desconexión programada: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de electricidad prepago | ¿Balance de \$25 o menos? ___SÍ___ NO | Balance de cuenta: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Tanque: propano/gas envasado | ¿Menos de 20% en el tanque? ___SÍ___ NO | Tamaño de su tanque: _____ ¿Cuál es el porcentaje de su tanque hoy? _____% |
| <input type="checkbox"/> Tanque: aceite o keroseno | ¿Menos de 25 galones en el tanque? ___SÍ___ NO | Tamaño de su tanque: _____ ¿Cuántos galones hay en su tanque hoy? _____ |
| <input type="checkbox"/> Carbón o madera | ¿Suministro menor a 7 días? ___SÍ___ NO | ¿Cuántos días de suministro de carbón o madera le quedan? _____ |

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que la información mencionada arriba y en documentos adjuntos es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Notificaré al Departamento de Servicios Sociales dentro de 5 días si se produce algún cambio en mi situación. Entiendo que ningún miembro de mi hogar ni yo podemos vender mercancía comprada en mi nombre por medio del programa, a menos que el departamento local de servicios sociales haya otorgado el permiso para hacerlo. Todos los beneficios recibidos deben ser utilizados para el fin autorizado. Puedo presentar una queja si siento que me han discriminado debido a mi raza, color, nacionalidad, discapacidad, sexo, edad, opinión política, religión, orientación sexual o estatus civil o familiar. Si brindo información falsa, retengo información, no informo los cambios de inmediato o recibo asistencia para la cual no soy elegible, podría estar infringiendo la ley y podría ser procesado por perjurio, hurto y/o fraude. Si completé o ayudé a completar este formulario de solicitud y ayudé e induje al solicitante a obtener asistencia para la cual no es elegible, podría estar infringiendo la ley y ser procesado. Entiendo que el Departamento de Servicios Sociales puede utilizar la información de esta solicitud o puede comunicarse conmigo con fines de investigación, evaluación y análisis hasta donde sea permitido por la ley estatal o federal. Mi firma autoriza al Departamento de Servicios Sociales a obtener cualquier verificación para establecer la elegibilidad de mi hogar para recibir asistencia, o a dar información de mi archivo a otras organizaciones a las que he solicitado o recibido asistencia. Entiendo que, al proporcionar información de la cuenta de mi proveedor(es) de energía, estoy autorizando al(los) proveedor(es) de energía a proporcionar detalles acerca de mi cuenta y uso energético al DSS para propósitos de análisis y evaluación del programa. Acepto eximir y/o liberar de responsabilidad a mi(s) proveedor(es) de energía por cualquier reclamo, pérdida, demanda, daño u obligación de cualquier tipo originada o presuntamente originada por dicha divulgación. **Si su solicitud se aprueba, se le enviará su Notificación de**

Aprobación por correo a finales de diciembre.

Firma del solicitante OR Mark: _____	Número de teléfono _____	Fecha _____
Testigo de Mark o intérprete: _____	Número de teléfono _____	Fecha _____
Completado en nombre del solicitante por: _____	Número de teléfono _____	Fecha _____